

Les conséquences des accidents de la route sur la santé

Depuis 1995 fonctionne le Registre des victimes d'accidents de la circulation routière dans le département du Rhône. Il s'agit, pour la première fois en Europe, d'enregistrer en continu, les lésions et le parcours hospitalier de l'ensemble des victimes d'accidents de la route sur une zone géographiquement délimitée. L'ensemble des services de secours et de soins prenant en charge des victimes signale au Registre toute personne consultant à la suite d'un accident de la circulation sur une voie publique ou privée du département du Rhône (accident impliquant au moins un moyen mécanique de locomotion, y compris planche ou patins à roulettes). Des renseignements concernant la victime, son accident, ses lésions, et son devenir médical sont recueillis.

Les résultats présentés ci-dessous concernent les 50 749 victimes recensées par le Registre (sauvegarde de février 2010) pour les années 2003-2008, dont la répartition par sexe et type d'usager est donnée au tableau 1.

BILAN LESIONNEL DES ACCIDENTS DE LA ROUTE

Les lésions initiales de chaque victime sont codées selon l'échelle AIS (Abbreviated Injury Scale¹) version 1990. Chaque lésion est décrite selon un code en six caractères qui permet de spécifier la région corporelle², l'organe atteint et la nature de la lésion. A chaque lésion est affecté un score de gravité immédiate appelé score AIS, prenant en compte le risque vital, la rapidité, la complexité et la longueur attendue des soins. Il est compris entre 1 (gravité mineure) et 6 (gravité maximale : lésion toujours mortelle). Pour chaque victime, on appelle MAIS le score de la lésion la plus grave.

Les lésions élémentaires³ observées pour le plus grand nombre de victimes du Registre sont, pour chaque niveau de gravité⁴ :

– AIS1 : étirement de la colonne cervicale sans fracture ni luxation (9408 victimes), contusion superficielle du cou (5099), érosions cutanées sur tout le corps ou dans une zone indéterminée (4908), contusion du genou (4497), maux de tête ou vertiges secondaires à un traumatisme crânien (3652), hématome superficiel du membre inférieur (3303), contusion de l'épaule (3143), hématome superficiel du thorax (2875), plaie faciale mineure (2266) ;
– AIS2 : notion de perte de connaissance antérieure à l'admission de durée inconnue (1235), fracture simple du radius (1112), fracture de la clavicule (1058), du carpe ou du métacarpe (799), perte de connaissance antérieure à l'admission de durée connue inférieure à une heure (699), entorse du genou (639), fracture du péroné (590), fracture de doigt(s) (561), fracture du sternum (515) ;

¹ D'après l'Association for the Advancement of Automotive Medicine (AAAM).

² Les neuf régions corporelles sont la tête, la face, le cou (hors colonne vertébrale), le thorax (hors colonne), l'abdomen (hors colonne), la colonne vertébrale, le membre supérieur, le membre inférieur (comprenant le bassin), la « zone externe », c'est-à-dire la peau.

³ Chaque lésion élémentaire est comptée une fois par victime, même si elle est présente deux fois (ex : contusion du genou à droite et à gauche)

⁴ Sont décrites les lésions constituant plus de 3 % des lésions recensées pour chaque niveau de gravité.

– AIS3 : fracture ouverte, déplacée ou multifragmentaire du radius (676), de la diaphyse tibiale (512), du cubitus (396), contusion pulmonaire unilatérale (291), fracture complexe du fémur (261), hémorragie sous-arachnoïdienne (253), fracture complexe de l'humérus (250), du bassin (201), du plateau tibial (167) ;

– AIS4 : contusion pulmonaire bilatérale (205), fractures multiples et bilatérales de côtes (au moins quatre d'un côté, au plus trois de l'autre) avec hémopneumothorax (116), hématome intracérébral en pétéchies (102), hématome sous-dural petit (<50cm³ chez l'adulte, 25 cm³ chez l'enfant, (94), fracture complexe de la base du crâne (74), hémorragie cérébrale intra-ventriculaire (74), fractures costales multiples avec troubles respiratoires « volet costal » (65), plaie majeure de rate (61), œdème cérébral modéré (56), hématome extradural petit (<50cm³ chez l'adulte, 25 cm³ chez l'enfant, 47) ;

– AIS5 : œdème cérébral sévère (55), lésion axonale diffuse du cerveau, déchirure de la substance blanche (40), fractures costales multiples avec troubles respiratoires « volet costal » bilatéral (36), fractures multiples et bilatérales de côtes (au moins quatre de chaque côté) avec hémopneumothorax (33), hématome sous-dural volumineux (50 cm³ chez l'adulte, 25 cm³ avant dix ans, 20), hématome sous-dural bilatéral (17), contusion du tronc cérébral (15), hématome extradural volumineux (>50cm³ chez l'adulte, à 25 cm³ chez l'enfant, 13), hématome intracérébral petit (30cm³ chez l'adulte) bilatéral (12) ;

– AIS6 : destruction massive du crâne et du cerveau (22), écrasement bilatéral du thorax (8), plaie majeure de l'aorte thoracique (7), plaie de la moelle épinière au niveau C3 ou au-dessus, avec signes neurologiques permanents, fracture et luxation (4), arrachement du foie (4), plaie de la moelle épinière au niveau de C3 ou au-dessus, avec signes neurologiques permanents et fracture (3), carbonisation (3), décapitation (2), plaie de la moelle épinière au niveau C3 ou au-dessus, avec signes neurologiques permanents et luxation (2), plaie de la moelle épinière au niveau C3 ou au-dessus, avec signes neurologiques permanents sans autre précision (2), destruction massive du tronc cérébral (2)

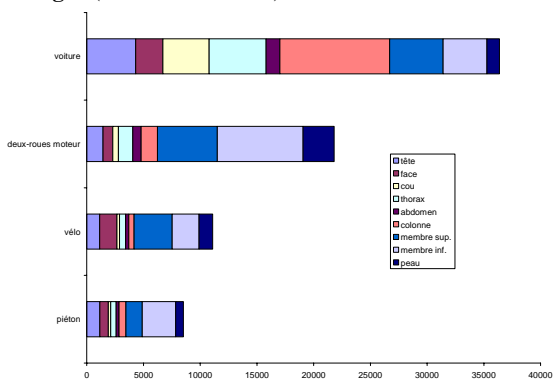
Parmi les 50 749 victimes enregistrées, 1,0 % sont décédées, 0,2 % ont survécu avec une ou plusieurs lésion(s) critique(s) (MAIS5), 1,1 % avec une lésion

sévère (MAIS4), 5,3 % avec une lésion sérieuse (MAIS3), 19,7 % avec une lésion modérée (MAIS2). La grande majorité des victimes (72,7 %) ne présentait qu'une ou plusieurs lésion(s) mineure(s) (MAIS 1).

Toutes gravités confondues, les automobilistes représentent 44% des victimes, les usagers de deux-roues à moteur 25%, les cyclistes 14% et les piétons 9%. La répartition par type d'usager, sexe et âge se trouve dans la table 1.

La répartition des zones corporelles atteintes, toutes gravités confondues, est différente d'un type d'usager à l'autre (figure 1). Plus de la moitié des atteintes concernent les membres pour les piétons, cyclistes et usagers de deux-roues à moteur, moins d'un tiers pour les automobilistes. Le membre supérieur est particulièrement touché chez les deux-roues, motorisés ou non.

Figure 1 : Répartition des régions corporelles touchées, toutes gravités confondues, pour les quatre principaux types d'usager (n=46775 victimes)



Source : Registre du Rhône, février 2010

La tête et la face comptent pour un quart des atteintes chez les cyclistes et piétons, un cinquième chez les automobilistes, pour seulement une zone atteinte sur 10 chez les usagers de deux-roues à moteur. L'abdomen ne représente qu'une petite part des atteintes par zone pour les quatre types d'usagers : de 2,4 % chez les cyclistes à 3,4 % chez les usagers de deux-roues à moteur et automobilistes. Les atteintes du cou, du thorax et de la colonne vertébrale concernent particulièrement les automobilistes.

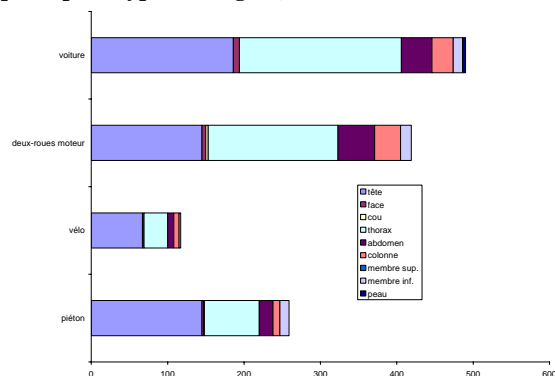
Alors que 9 % des victimes sont des piétons, cette catégorie compte pour 16 % des blessés au membre inférieur.

Sur la période 2003-2008, 1 044 victimes ont été atteintes de lésions sévères à maximales (AIS 4 et plus), qui mettent en jeu le pronostic vital et nécessitent, lorsqu'elles ne sont pas mortelles d'emblée, des soins urgents et/ou complexes (figure 2).

Pour ce niveau de gravité, les automobilistes représentent 37% des victimes, les usagers de deux-roues à moteur 30%, les piétons 19% et les cyclistes 10%. Par rapport à l'ensemble des victimes, on constate une sur-représentation des usagers de deux-roues à moteur et des piétons.

Lorsqu'on s'intéresse à ces lésions, ce sont la tête (1,1 % de l'ensemble des victimes, 48 % des victimes atteintes de lésions sévères à maximales) et le thorax (respectivement 1,0 % et 44 %) qui occupent l'avant-scène, nettement devant l'abdomen (respectivement 0,2 % et 10 %) et la colonne vertébrale (0,2 % et 7 %).

Figure 2 : Répartition des régions corporelles touchées de façon sévère à maximale (AIS4 et plus), pour les quatre principaux types d'usager (n=997 victimes)



Source : Registre du Rhône, février 2010

Plus de la moitié des atteintes mortelles ou potentiellement mortelles (AIS4+) se trouvent à la tête pour piétons et cyclistes concernés par ce type de lésions. En revanche chez automobilistes et usagers de deux-roues à moteur, les lésions au thorax sont un peu plus nombreuses que les lésions à la tête. Ces deux derniers types d'usagers sont par ailleurs les plus concernés par des lésions touchant la colonne vertébrale, ainsi que l'abdomen. Les lésions sévères des membres inférieurs concernent particulièrement les piétons (en proportion).

Les piétons sont ici surreprésentés pour l'ensemble des zones (excepté la colonne et la peau), représentant par exemple 29 % des victimes sévèrement blessées au membre inférieur et 26 % à la tête, alors qu'ils ne comptent que pour 9 % de l'ensemble des victimes. Leur vulnérabilité est ainsi concrétisée.

Les usagers de deux-roues à moteur, qui comptent pour 25 % des victimes, sont particulièrement nombreux parmi les victimes sévèrement touchées à la colonne vertébrale (42 %) à l'abdomen (39 %) ou au thorax (34 %).

Quant aux cyclistes, ils sont ici sous-représentés pour l'ensemble des régions corporelles, étant en grande majorité victimes d'une simple chute sans antagoniste, rarement sévère. Même pour la tête, zone où ils sont le plus gravement touchés, ils ne comptent que pour 12 % des victimes sévèrement touchées, alors qu'ils représentent 14 % de l'ensemble des victimes. Ce phénomène est encore plus accentué pour les patineurs.

La nature médicale du recueil, grâce à la participation des services d'accueil des urgences, met en évidence l'importance des effectifs des blessés de la route. Ainsi, pour la même période 2003-2008, l'Observatoire national interministériel de sécurité routière a enregistré 17 601 victimes pour le Rhône.

HOSPITALISATIONS

Sur la période 2003-2008, 15 % des victimes ont été hospitalisées. Parmi elles 1,6 % sont décédées.

La durée d'hospitalisation est connue pour 92 % des victimes hospitalisées. Elle est de un jour pour 28 % des victimes hospitalisées (4 % de l'ensemble des victimes), entre 2 et 6 jours pour 40 % (respectivement 6 %), entre 7 et 30 jours pour 22 % (respectivement 3 %) et plus de 30 jours pour 10 % des victimes hospitalisées (soit 2 % de l'ensemble des victimes). Sont exclues du calcul de la durée d'hospitalisation, les victimes pour lesquelles le parcours est complexe (plusieurs retours à domicile), qui sont perdues de vue (transférées dans d'autres départements) ou encore hospitalisées.

DÉCÈS

La létalité (nombre de tués rapporté aux victimes) est à 1,0 %. Elle augmente régulièrement avec l'âge à partir de quinze ans : chez les moins de quinze ans 0,2 % des victimes sont décédées, chez les 15-24 ans 0,7 %, et chez les 85 ans et plus 7,7 %. Les hommes sont plus souvent décédés (1,2 % des hommes sont morts, 0,8 % des femmes). La létalité est très variable d'un type d'usager à l'autre : 2,0 % pour les piétons, 1,6 % pour les occupants de poids-lourds, 1,4 % pour les occupants de camionnette, 1,0 % pour les usagers de deux-roues à moteur ainsi que les automobilistes, et 0,4 % pour les cyclistes.

Sur la période 2003-2008, 509 victimes sont décédées des suites de leur accident.

Parmi les 385 tués pour lesquels on dispose d'une description lésionnelle pouvant expliquer le décès (au moins une lésion AIS4+), 15 % sont atteints d'au moins une lésion mortelle d'emblée (AIS6), plus de quatre fois sur dix à la tête, plus d'une fois sur quatre au thorax, une fois sur quatre à la colonne vertébrale, moins d'une fois sur dix à l'abdomen.

Les autres victimes décédées sont atteintes d'une ou plusieurs lésion(s) critique(s) AIS5 (45 %), ou seulement d'une ou plusieurs lésion(s) sévères AIS4 (40 %).

Pour 75% des victimes tuées, le décès est survenu immédiatement sur les lieux de l'accident. Les victimes décédées après hospitalisation avaient été admises principalement dans l'un et/ou l'autre des services suivants : réanimation (83 %), neurologie (23%) ou chirurgie (8 %) et plus rarement dans un service de rééducation (5 %), ou de médecine (2 %). Une victime peut avoir été hospitalisée dans plusieurs services avant de décéder. Le décès survient principalement dans un service de soins intensifs ou de réanimation (6 décès sur 10).

SÉQUELLES

Grâce à la codification précise des lésions, il est possible de prévoir, dès l'admission, les séquelles probables. Un indice couplé à l'AIS fournit un niveau de déficience prévisible à un an. Pour les déficiences mineures ou modérées, cet

indicateur n'a pas de qualité prédictive au niveau individuel, la récupération dépendant de nombreux facteurs autres que la lésion initiale elle-même. Les constructeurs de l'indice estiment que la prévision est valable pour 80% des cas au moins. Par contre, pour les hauts niveaux de handicap, dus à des lésions telles que la destruction de structures anatomiques, le niveau de fiabilité de la prévision est élevé. Par analogie avec l'AIS, le code IIS a six niveaux de gravité (et un niveau 0 pour les lésions sans séquelles prévisibles) prenant en compte la mobilité, les aspects cognitif, esthétique, sensoriel, sexuel/reproductif et la douleur. Les lésions élémentaires les plus fréquemment observées⁵ chez les 50 240 survivants pour chaque niveau de gravité sont :

– IIS1 : étirement de la colonne vertébrale cervicale sans fracture ni luxation (9408 victimes), étirement de la colonne vertébrale lombaire sans fracture ni luxation (2044), perte de connaissance antérieure à l'admission, de durée inconnue (1235), étirement de la colonne vertébrale dorsale sans fracture ni luxation (1198), perte de connaissance antérieure à l'admission de durée inférieure à une heure (697), fracture ouverte, déplacée ou multifragmentaire du radius (649) ;

– IIS2 : fracture complexe du bassin (167), hématome intracérébral en pétéchies (92), fracture du calcaneum (71), fracture de l'astragale (57), œdème cérébral modéré (49), arrachement, rupture ou déchirure des ligaments croisés ou latéraux du genou (47), contusion cérébrale petite (<30cm³, déplacement du plan médion <5mm, 38), fracture de l'articulation sacro-iliaque (35), fracture complexe de la voûte crânienne (30), contusion cérébrale multiples bilatérales (29),

– IIS3 : luxation du genou (141), hémorragie cérébrale intraventriculaire (33), hématome intracérébral sans précisions (25), rupture complète du ligament croisé postérieur du genou (21), hématome intracérébral petit (<= 30cm³ ou quatre centimètres de diamètre pour un adulte, 15 cm³ ou deux centimètres pour un enfant de moins de dix ans, 20), luxation du genou sans atteinte articulaire (20), amputation en-dessous du genou (15);

– IIS4 : hématome sous-dural petit (<=50cm³ pour un adulte, 25cm³ pour un enfant, 83), hématome sous-dural de taille non précisée (27), hématome intracérébral petit (<30cm³ chez l'adulte, 10), contusion de la moelle dorsale avec syndrome d'atteinte médullaire complète et fracture (9) ;

IIS5 : lésion axonale diffuse du cerveau, déchirure de la substance blanche (33), hématome sous-dural bilatéral (7), hématome sous-dural volumineux (5), contusion de la moelle épinière avec signes neurologiques permanents, niveau C4 ou au-dessous avec fracture (2), avec luxation (2), plaie de la moelle épinière avec signes neurologiques permanents, niveau C4 ou au-dessous avec fracture et luxation (2),

– IIS6 : contusion du tronc cérébral (9), lésion hémorragique du tronc cérébral (3), lésion axonale diffuse du tronc cérébral (1).

⁵ Sont décrites les lésions constituant plus de 3 % des lésions recensées chez les survivants, pour chaque niveau de gravité

Outre les victimes décédées (1,0 %), 17 633 personnes (34,8 % des victimes) ont probablement gardé des séquelles mineures ou modérées un an après l'accident (IIS 1 ou 2), et 495 (1,0 %) des séquelles graves (sérieuses à maximales IIS 3 ou plus).

Pour les séquelles graves, les usagers de deux-roues à moteur représentent 33% des victimes, les automobilistes 30%, les piétons 20% et les cyclistes 10%.

Les hommes représentent plus de 7 porteurs de séquelles lourdes sur 10 (359). Ils sont majoritaires pour tous les types d'usager, représentant même 86 % des cyclistes concernés et 88 % des usagers de deux-roues à moteur. La plupart des hommes qui garderont des séquelles étaient à deux-roues motorisé (40 %), puis en voiture (26 %) et à pied (15 %). En revanche les femmes touchées par les séquelles lourdes étaient plutôt en voiture (41 %), puis à pied (29 %) et à deux-roues motorisé (14 %).

Plus de la moitié (54 %) des hommes qui garderont des séquelles lourdes sont âgés de moins de 30 ans, et presque le quart (24 %) de moins de 20 ans, (respectivement 51 % et 21 % des femmes).

Le rapport séquelles lourdes/décès décroît avec l'âge. Chez les victimes âgées de moins de 35 ans, il est égal à 1,4, chez les 65 ans et plus il est de 0,4. Au total on a 97 handicapés pour 100 morts.

La quasi-totalité des victimes concernées (98%) ont des séquelles graves prévues pour une seule zone, 2 % pour deux zones.

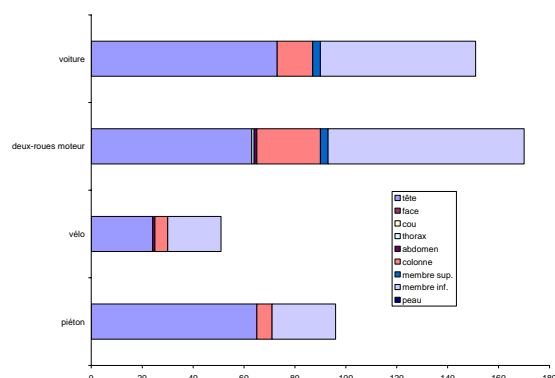
La répartition des séquelles graves (IIS3 ou plus) entre les zones corporelles est différente d'un type d'usager à l'autre (voir figure 3). La tête est la première région touchée (0,5 % des victimes survivantes), puis les membres inférieurs (0,4%).

Pour les séquelles à la tête, les piétons sont particulièrement à risque. De telles séquelles, les plus lourdes pour l'avenir de la victime, peuvent toucher l'intellect, la mémoire, le comportement, la motricité, la vue, etc.

Les deux-roues, motorisés ou non, sont particulièrement exposés pour les membres inférieurs. Il s'agit de dégâts des grosses articulations ou d'amputations. Leur gravité est cependant d'un niveau moindre que les séquelles attendues pour la tête et la colonne.

Figure 3: Répartition des régions corporelles touchées par des lésions avec séquelles prévisibles sérieuses à maximales (IIS3 et plus) chez les survivants, pour les quatre principaux types d'usager (n=428 victimes)

Source : données du Registre du Rhône, sauvegarde février 2010



Une victime peut être atteinte dans plusieurs zones

Les séquelles médullaires (0,1 % de l'ensemble des victimes, atteintes de tétraplégies ou paraplégies) touchent surtout les usagers de deux-roues à moteur et les automobilistes.

TYPES DE TRAJETS

Ce renseignement est connu chez 85 victimes sur 100.

Tous âges confondus, une victime sur cinq a été accidentée lors d'un trajet lié au travail : trajet domicile-travail ou mission professionnelle (24% lorsqu'on a l'information).

Parmi les victimes âgées de 20 à 59 ans, les blessés lors d'un accident de trajet domicile-travail comptent pour 21% des victimes chez les hommes et 24% chez les femmes (respectivement 26% et 29% lorsqu'on a l'information), alors que les victimes d'accident de travail proprement dit (mission professionnelle) représentent 7% des hommes et 4% des femmes (respectivement 8% et 5%).

En trajet domicile-travail les femmes sont blessées 3 fois sur 4 en voiture, ce n'est le cas que de 42% des hommes, qui se blessent aussi souvent (dans 38% des cas) sur un deux-roues motorisé.

En mission professionnelle aussi, les femmes étaient majoritairement en voiture (64%), alors que les hommes ont été accidentés en voiture moins de 4 fois sur 10, en poids-lourd ou véhicule utilitaire dans un peu moins de 3 cas sur 10, et presque 2 fois sur 10 à deux-roues motorisé.

DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES

En effectifs comme en incidences, les risques de décès, handicap lourd et handicap léger concernent plus les hommes que les femmes (tableau 2). Le rapport d'incidences entre hommes et femmes est de 1,8 toutes gravités confondues sur la période 2003-2008. Il est d'autant plus élevé que la gravité est importante : 2,8 pour la mortalité et 2,9 pour les séquelles lourdes, 2,2 pour les lésions sans séquelles. Il est le plus faible pour les séquelles légères (1,3), essentiellement en raison de la fréquence de

l'étiement de la colonne cervicale (coup du lapin), qui touche 28% des femmes contre 13 % des hommes, tous usagers confondus.

ÉVOLUTIONS SUR LA PÉRIODE 1996-2008

On compare deux périodes de 6 ans : 1996-2001 et 2003-2008 (tableau 2). En effet une nette baisse des effectifs a été observée en 2002 et 2003, année depuis laquelle on observe une certaine stabilité.

La létalité (nombre de tués rapporté aux victimes) a baissé (1,0 % vs 1,2 %, différence significative), ainsi que l'effectif total, ce qui résulte dans une baisse considérable du nombre de tués (-35%). La mortalité ramenée à la population accuse donc une nette baisse (5,1 pour 100 000 vs 8,4 pour la période précédente). On constate que la proportion de victimes décédées qui présentaient une lésion mortelle d'emblée (AIS6) est en baisse marquée, elle est passée de 31 % à 11%.

En revanche la part des victimes pour lesquelles des séquelles lourdes sont prévues a augmenté (de 0,7% à 1,0 %), ainsi que leur effectif. En effectifs, les porteurs de séquelles lourdes sont maintenant aussi nombreux que les tués, avec un ratio de 495/509 (97 séquelles lourdes pour 100 morts) ce qui n'était pas le cas dans la période précédente ou ce ratio était de 60 séquelles lourdes pour 100 morts. L'incidence moyenne annuelle des séquelles graves n'a pas baissé et est identique à celle des tués : 5,0 pour 100 000 sur les deux périodes 1996-2001 et 2003-2008, mais les effectifs sont erratiques et la tendance n'est donc pas aussi claire que celle des décès. La stagnation touche les deux sexes. Les membres inférieurs sont la première région touchée par les séquelles lourdes, en nette augmentation (0,41 % des survivants en 2003-2008 contre 0,19 % dans la période 1996-2001). Cette zone est responsable de l'augmentation globale d'incidence des séquelles lourdes. Le niveau de gravité des séquelles y est cependant moins élevé qu'à la tête ou la colonne. La part des victimes survivantes qui garderont des séquelles légères a aussi augmenté (35 % vs 31 %), mais leur

incidence a tout de même baissé (tableau 2) en raison de la baisse globale des effectifs.

CONCLUSIONS

Le recueil médical permet de connaître la nature et la gravité des blessures depuis 1996.

Entre les deux périodes 1996-2001 et 2003-2008, une baisse de 21 % dans l'effectif annuel moyen des victimes a été observée. Cette baisse a surtout concerné les victimes blessées de façon mineure et les tués.

La part des automobilistes a nettement décliné (de 52% à 44%), devenant minoritaire, tandis que celle des usagers de deux-roues à moteur a augmenté (de 18 à 25%), surtout chez les hommes (25% à 33%).

Les hommes sont toujours les plus nombreux, et les plus gravement touchés, représentant 63 % des victimes toutes gravités confondues, 72 % des tués, 73 % des survivants qui garderont des séquelles lourdes.

Les lésions mettant en jeu le pronostic vital touchent principalement le thorax et la tête, les séquelles lourdes sont majoritairement orthopédiques (membre inférieur) et cérébrales, plus rarement médullaires.

On retiendra que dans le département du Rhône, pour 100 tués dans un accident de la route, 97 autres victimes garderont des séquelles lourdes.

L'année 2008, dernière année disponible du Registre, montre une nette baisse des effectifs, toutes gravités confondues, (-10 % par rapport à la moyenne annuelle de la période 2003-2007). L'effectif annuel est le plus faible observé depuis le début du Registre : 7720 victimes. Piétons et automobilistes sont en baisse (respectivement 19 et 13%), tandis que les usagers de deux-roues restent à un niveau stable. Chez les hommes les usagers de deux-roues à moteur sont, pour la deuxième année et de façon encore plus marquée, plus nombreux que les automobilistes. Les morts ont atteint l'effectif annuel le plus bas observé depuis le début du Registre (n=57, contre 150 en l'an 2000).

Tableau 1 : Répartition des victimes d'accidents de la circulation par type d'utilisateur et sexe

Types d'utilisateur	Hommes		Femmes		Total <i>dont 3 de sexe inconnu</i>	
	n	%	n	%	n	%
Piéton	2 445	7,7	2 317	12,3	4 762	9,4
Voiture*	10 674	33,4	11 535	61,4	22 209	43,8
<i>dont conducteur</i>	7 947	24,9	7 505	40,0	15 452	30,4
<i>dont passager</i>	2 483	7,8	3 784	20,1	6 267	12,3
Camion	357	1,1	18	0,1	375	0,7
Car/bus	174	0,5	357	1,9	531	1,1
Camionnette (VU)	353	1,1	87	0,5	440	0,9
Deux-roues motorisé	10 689	33,4	1 825	9,7	12 514	24,7
Vélo	5 554	17,4	1 736	9,2	7 290	14,4
Patins, planche	992	3,1	581	3,1	1 573	3,1
Autre ou inconnu**	730	2,3	322	1,7	1 052	2,1
Total	31 968	100,0	18 778	100,0	50 746	100,0

*dont 52 voiturettes

* n.b. pour 2,0% des automobilistes on ignore le statut de conducteur ou passager.

**dont 231 inconnus, 439 trottinettes, 220 quads, 61 tracteurs ou engins, 32 trams, 14 karts, 11 fauteuils roulants, ...

Source : données du Registre du Rhône des victimes d'accident de la circulation 2003-2008, n = 50 749 victimes.

Tableau 2 : Incidence moyenne annuelle de décès et de blessures selon le pronostic séquellaire

		Décès	Lésions avec séquelles lourdes prévues	Lésions avec séquelles légères prévues	Lésions sans séquelles prévues
		Mortalité /100 000	Incidence /100 000	Incidence /100 000	Incidence /100 000
Hommes	2003-2008	7,7	7,5	202,1	451,5
	1996-2001	12,9	7,7	245,3	611,9
Femmes	2003-2008	2,7	2,6	153,9	203,2
	1996-2001	4,1	2,5	183,8	305,2

Source : Registre du Rhône des victimes d'accident de la circulation, 1996-2001 et 2003-2008, INRETS-ARVAC, n=115 061 victimes.